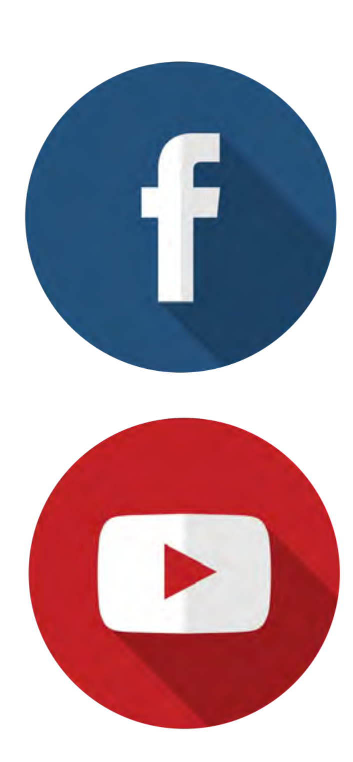
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

M . NOUAR

SERVICE DE CHIRURGIE ORTHPEDIQUE
CHU Mustapha

Avril 2017

LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

PLAN

- INTRODUCTION
- DEFINITIONS
- EPIDEMIOLOGIE
- PATHOGENIE
- ETIOLOGIES
- MOMENT DE LA LUXATION
- HISTOIRE NATURELLE APRES LA NAISSANCE
- ETUDE CLINIQUE
- L'IMAGERIE
- LE TRAITEMENT
- LES COMPLICATIONS
- CONCLUSION

INTRODUCTION

LCH ou maladie luxante congénitale

Pathologie fréquente : entre 6 et 20 ‰ selon les pays

Véritable problème de santé publique

Dépistée précocement → Traitement simple

Bons résultats cliniques et radiologiques

Diagnostic tardif (âge de la marche)

→ traitement plus difficile

Méthodes contraignantes Résultats incertains

IMPORTANCE DU DEPISTAGE PERIODE NEONATALE+++

Intérêt d'un examen obligatoire de tout nouveau né à la maternité

DEFINITIONS

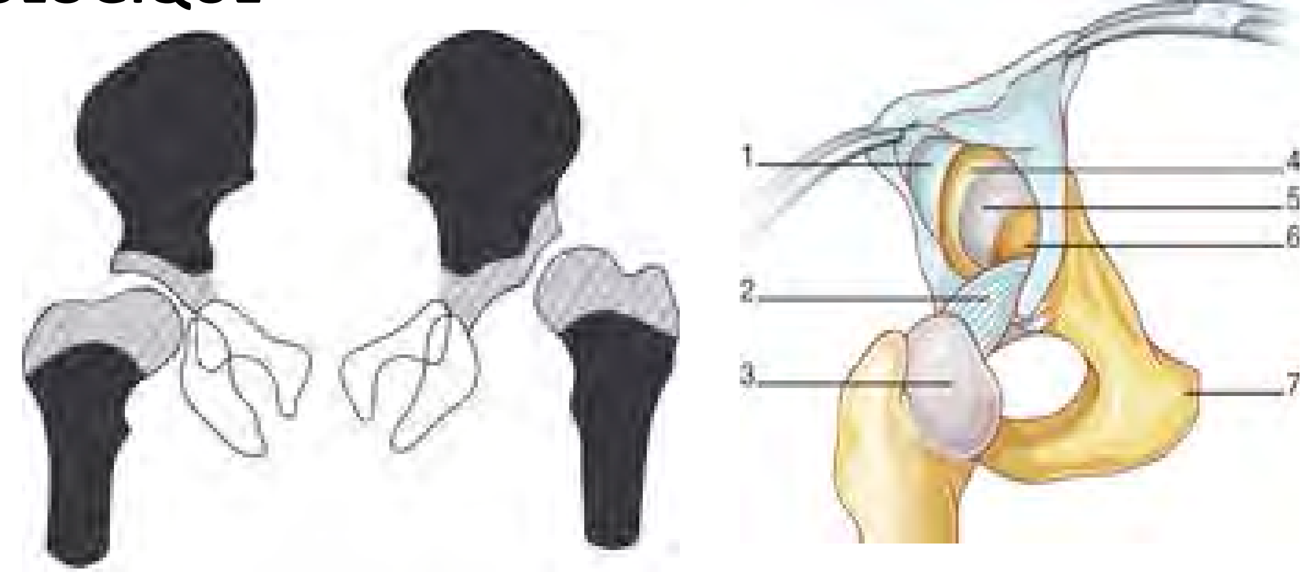
LCH: Différentes anomalies de gravité variable

- **LA LUXATION la tête fémorale est en dehors de la cavité cotyloïdienne ou acétabulum. La luxation est réductible ou irréductible**

- **LA SUBLUXATION la tête fémorale n'est pas au fond du cotyle elle est latéralisée et ascensionnée sans être en dehors de l'acétabulum x**

- **LA DYSPLASIE :Définition difficile: c'est un défaut de développement architectural de la hanche d'expression surtout radiologique ou échographique La hanche est en place mais l'acétabulum est insuffisamment recouvrant dysplasie acétabulaire**

ANATOMIE PATHOLOGIQUE



A --NOUVEAU –NE , NOURRISSON

Lésions acétabulaires souvent cartilagineuses (Non visibles à la Rx. Echographie +)

- **La capsule** est étirée dans sa partie postéro –supérieure

  Poche capsulaire ⟶ chambre de luxation

- **L'isthme capsulaire** encore ouvert permet la réduction de la luxation

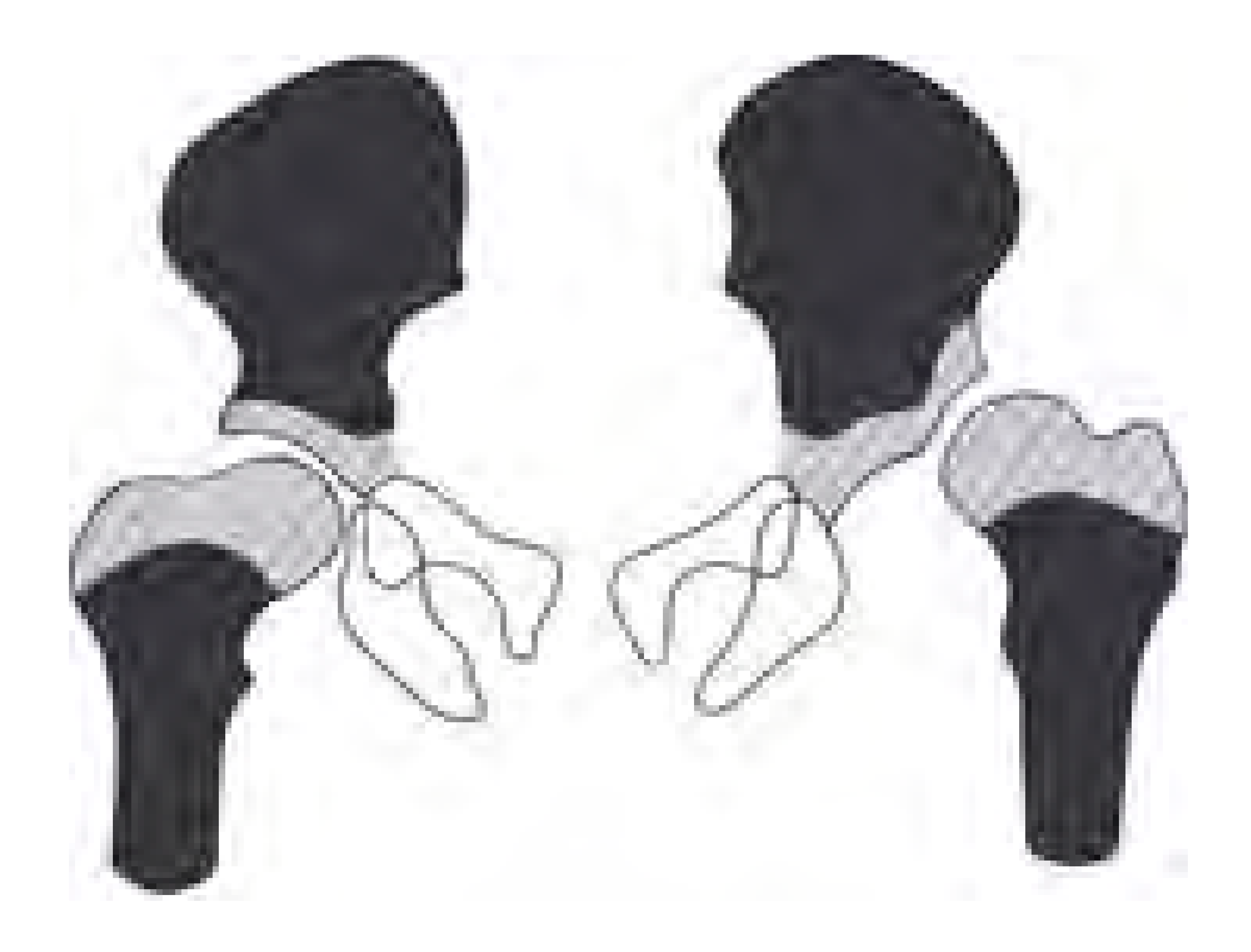
  Intérêt sur le plan clinique

- **La cavité acétabulaire** souvent déformée ,ovalaire, peu profonde
- **Le rebord acétabulaire ou Limbus** souvent déformé

  en DHs ⟶ LIMBUS EVERSE

  en DDs ⟶ LIMBUS INVERSE

- **La tête fémorale** le plus souvent légèrement aplatie



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A--NOUVEAU –NE , NOURRISSON

B--ENFANT à l'age de la marche

- **La luxation est vieillie .**
- **Isthme capsulaire rétréci → Réduction difficile ou impossible**
- **Tête Fémorale : déplacement plus important au-dessus de l'acétabulum → Néo- acétabulum**

Luxation appuyée : Tête fémorale contre l'os iliaque

Luxation haute non appuyée : tête fémorale dans les muscles fessiers

- **Subluxation**

Lésions différentes

Déformation acétabulaire plus importante

Acétabulum insuffisant  **Défaut de couverture antéro supérieur de la tête fémorale**

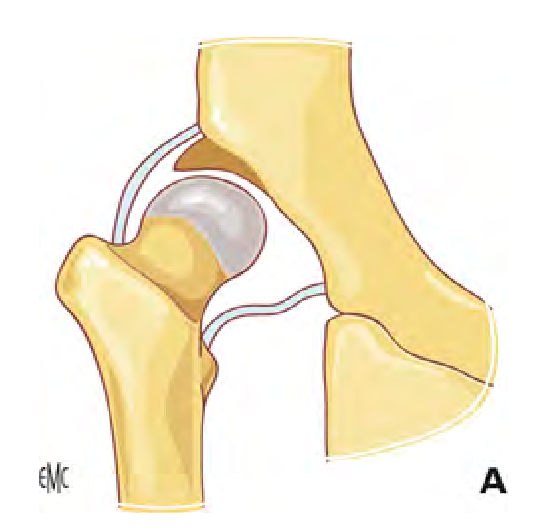
ANATOMIE PATHOLOGIQUE

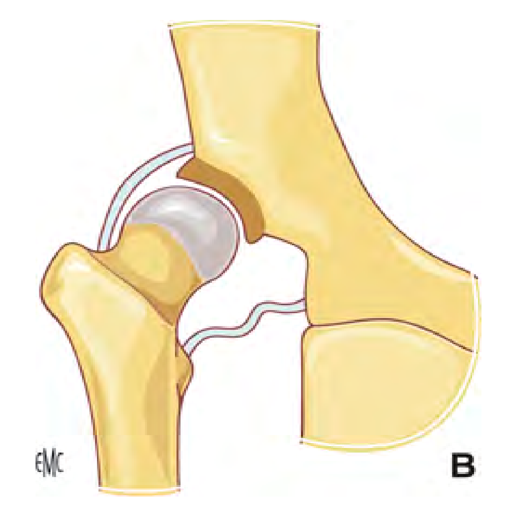
A--NOUVEAU –NE , NOURRISSON

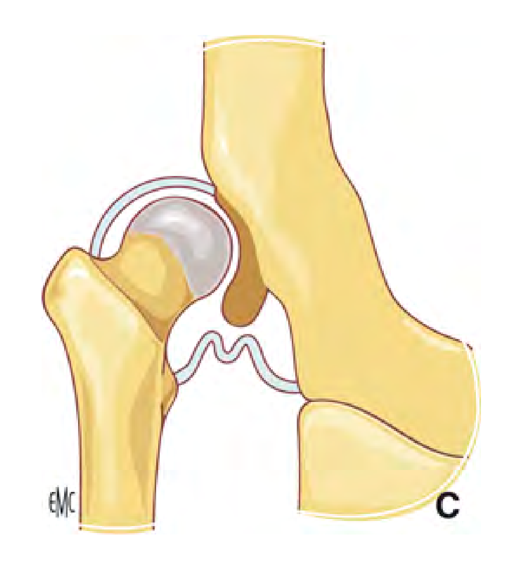
B--ENFANT à l'age de la marche

C– CLASSIFICATION ANATOMIQUE

DUNN 3 grades







Grade I
SUBLUXATION
Limbus éversé

Grade II
LUXATION INTERMEDIAIRE
Limbus écrasé

Grade III
LUXATION COMPLETE
Limbus inversé

EPIDEMIOLOGIE

FREQUENCE variable selon les pays 3‰ à 20‰.

Thèse Alger 2005 114 CAS sur 4540 naissances = 24‰

REGIONS plus touchées KABYLIE (ALGERIE)
BRETAGNE (FRANCE)

RACE NOIRE : fréquence moindre

SEXE : Fille ++++ (5filles /1 garçon)

FACTEUR FAMILIAL : 3 à12% des cas

ATTEINTE BILATERALE connue . Surtout présentation SIEGE
LUXATIONS UNILATERALE S plus fréquentes COTE GAUCHE 2 fois plus

JUMEAUX MONOZYGOTES 43% concerne les 2enfants

PATHOGENIE

ANCIENNE CONCEPTION PATHOGENIQUE DE LA LCH

Dysplasie luxante progressive qui entrainerait soit à la naissance soit plus tard dans les premiers mois de la vie un déplacement progressif de la tête

CONCEPTION ACTUELLE (SERINGE)

Affection posturale qui se constitue IN UTERO sous l'effets de facteurs mécaniques prépondérants

LA LUXATION SE PRODUIT AVANT LA NAISSANCE dans les derniers semaines de la de la vie intra- utérine ou les derniers jours de la grossesse

La tête fémorale sous l'effet d'une POSTURE LUXANTE va se déplacer en haut et en arrière dans une poche capsulaire (chambre de luxation)

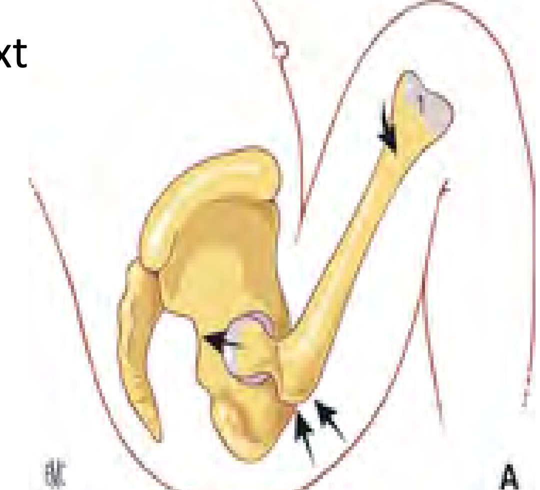
Position du fœtus en siège avec fémur:

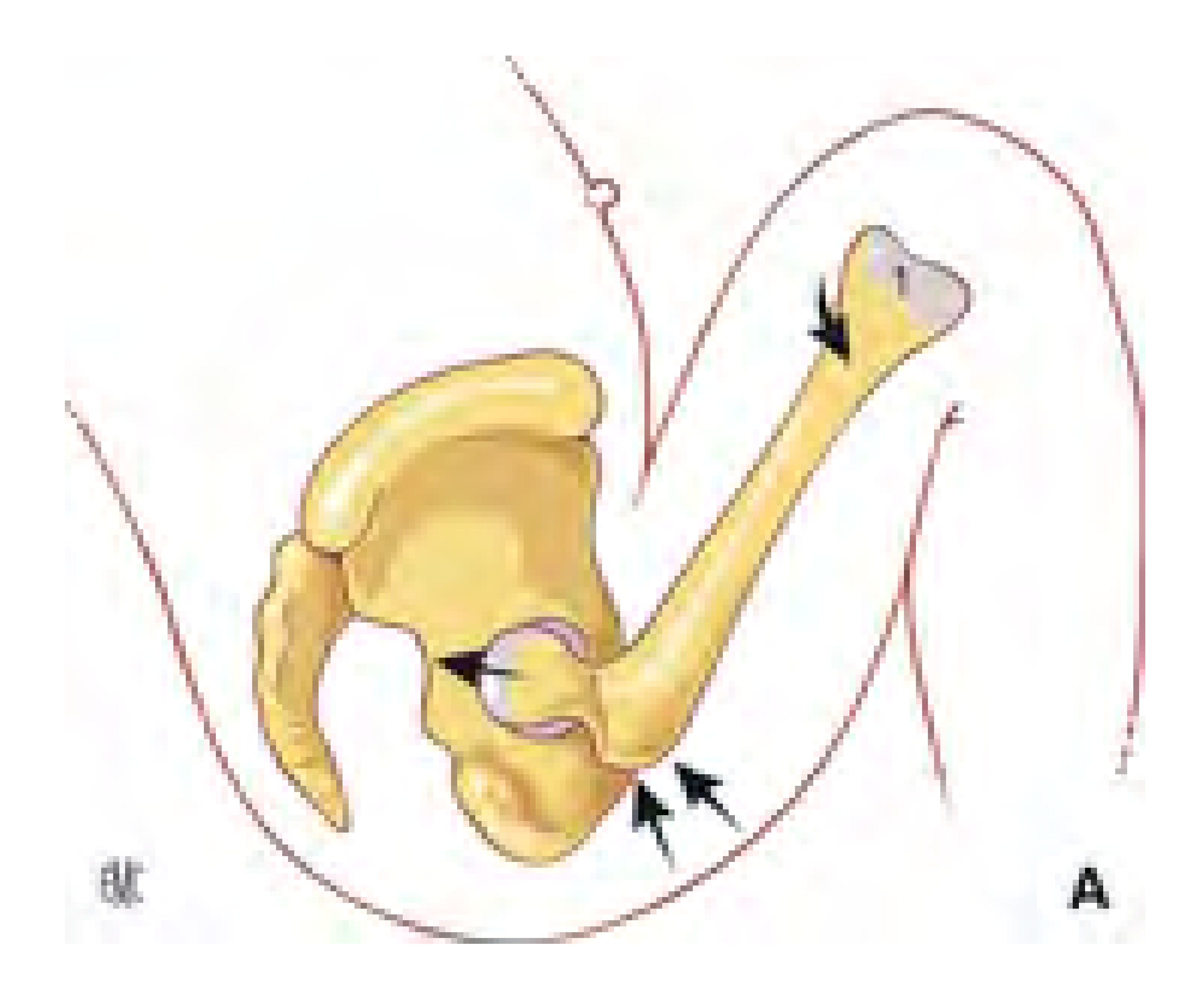
En hyper flexion abduction nulle voire en adduction et rotation ext

Cette posture va exposer la tête à la sortie postéro-supérieure

Elle va déformer le rebord de l'acétabulum , et entraine

Une dysplasie acétabulaire




A



POSTURES LUXANTES CHEZ LE FŒTUS



Position siège décompleté



Position genoux fléchis



Posture avec cuisses rapprochées







ETIOLOGIES

2 facteurs intrinsèques : génétiques et mécaniques

1- **GENETIQUES**

ATCD familiaux (LCH parent ou fratrie) 3 à 12%

Race Blanche +++

Sexe Féminin (4 à 6 F / 1H)

Contexte géographique

Fréquence ++ dans certaines régions Kabylie Algérie
Bretagne France

Laxité ligamentaire préexistante

2- **MECANIQUES** Fœtus à l'étroit dans l'utérus

-Primiparité
- Grossesse gémellaire
- Un poids de naissance élevé
-Disproportion foeto maternelle
- Présentation du siège
- Déformations associées : torticolis congénital
  Plagiocéphalie
  Pied talus

- **MOMENT DE LA LUXATION : IN UTERO:**

  Période fœtale Dernier trimestre

  période de conflit fœto- maternel

  ↗rapide du poids

  ↗pression paroi utérine

  ↘ mouvements du fœtus

  ↘liquide amniotique

- **A LA NAISSANCE:** LUX. Impossible si Hanche stable

  traumatisme obstétrical -→Décollement épiphysaire Sup.

- **APRES LA NAISSANCE:** une hanche normale ne se luxe pas
- Lux acquise--→origine NEURO.(polio,IMOC …)

LCH HISTOIRE NATURELLE

- **Vie fœtale: LUXATION**

  Action facteurs mécaniques +/- facteurs génétiques

- **Nouveau né / après la naissance**

  Hanche luxée libérée des contraintes intra utérines

  → Amélioration spontanée

2 TABLEAUX

❑ **HANCHE INSTABLE** (H luxée ,luxable, subluxable)

→ Persistance instabilité → LUX Irréductible

❑ **HANCHE SE STABILISE**

Guérison complète (plus de 50% des cas)

Dysplasie résiduelle Subluxation

LCH ETUDE CLINIQUE

NOUVEAU –NE (0 - 28 jours)

Examen = pierre angulaire du dépistage

Méthode de Dépistage ++ à cet âge

Examen difficile attentif

précoce prolongé répété

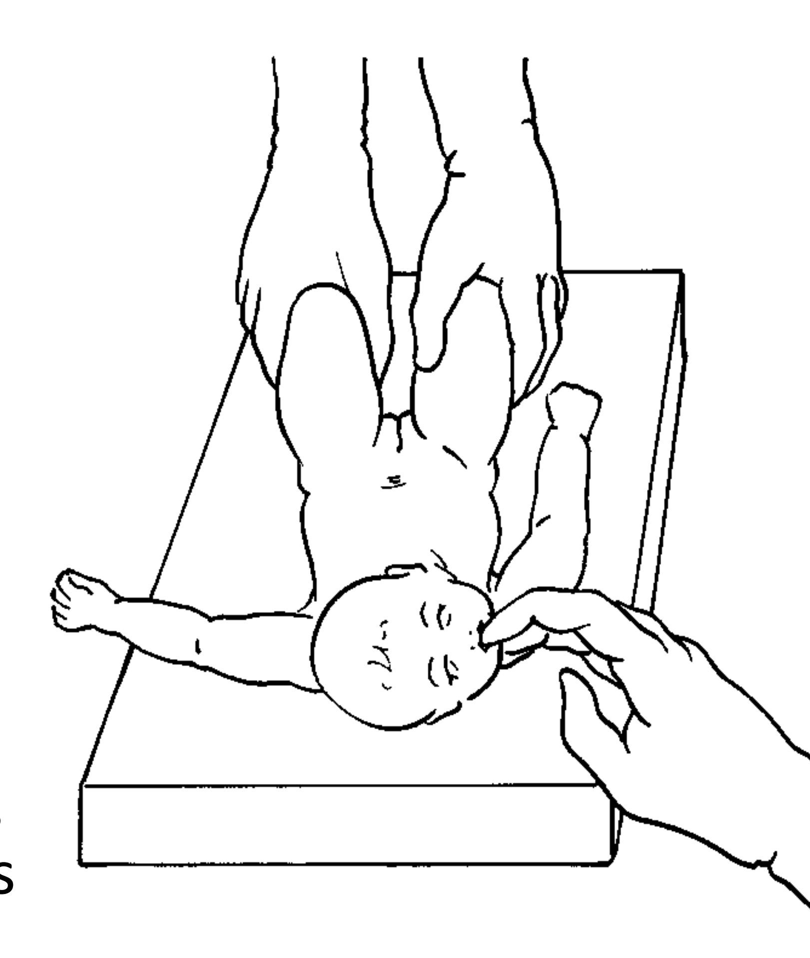
Se fait à DEUX

Enfant détendu, calme et repu

(après un biberon)

Provoquer réflexe de succion pour faciliter le relâchement

Interrogatoire +++: recherche de signes de risque(mécaniques et génétiques



LCH ETUDE CLINIQUE

NOUVEAU –NE (0 - 28 jours)

INSPECTION Recherche une posture asymétrique

Raccourcissement d’un membre

Asymétrie des plis

Perte du flessum physiologique

Signes posturaux associés

- Pied talus
- Torticolis
- Plagiocephalie



LCH ETUDE CLINIQUE

Estimation de la position fœtale

Les premiers jours

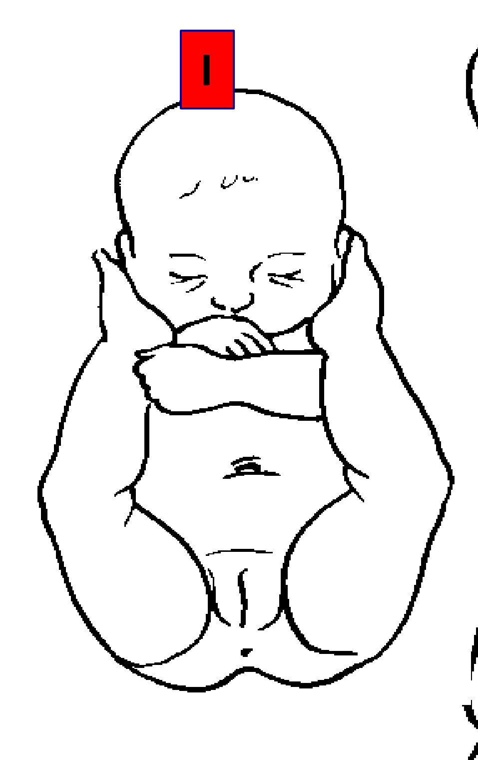
Se base: tonus des adducteurs
Flessum, recurvatum
Position des pieds
Facilité de replier les membres

3 positions: Hanche à risque

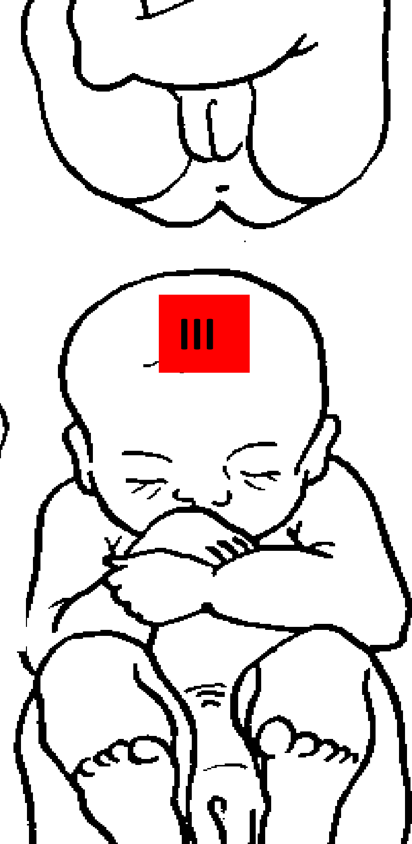
I - Position siège décomplété

II - Position genoux fléchis

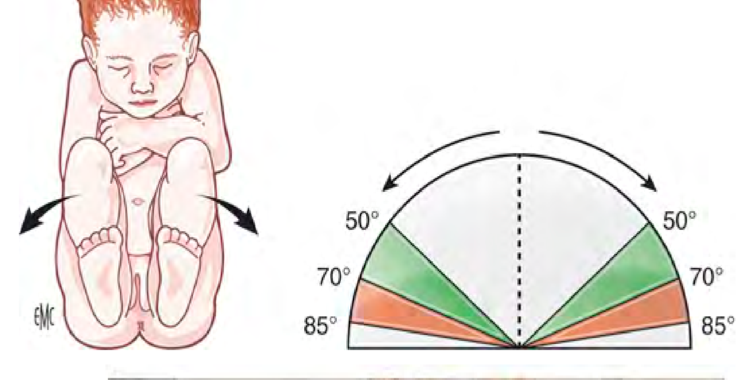
III - Posture avec cuisses rapprochées



II



LCH ETUDE CLINIQUE



- **ETUDE DE L'ABDUCTION**
- **Bilaterale et symetrique hanches**
- **Flechies à90°**

Amplitude d'abduction(70-85°)

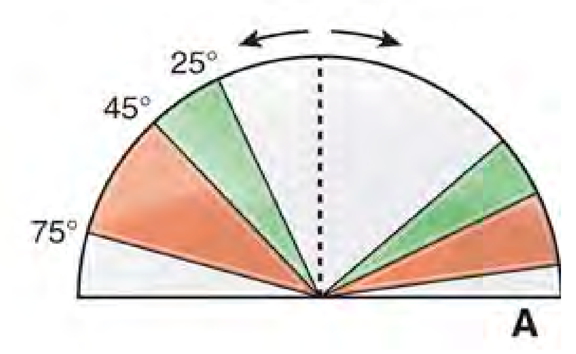
Inf: 60° → Rétraction Abd



Tonus des adducteurs(strech reflex)

Normal: 50 - 70°

Inf. : 20 -40° → hypertonie



LCH ETUDE CLINIQUE

L' INSTABILITE

Maitre symptôme de la luxation

- **Manœuvre d'ORTOLANI (LE DAMANY)**

S. DU RESSAUT

Écartement puis

Rapprochement cuisses



ressaut de sortie

ressaut de réduction

LCH ETUDE CLINIQUE

L' INSTABILITE

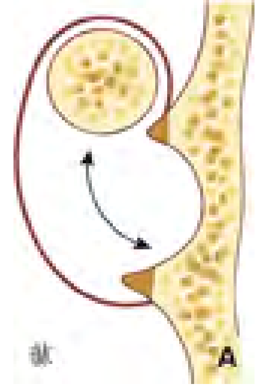
- **Manœuvre d'ORTOLANI**

S. DU RESSAUT

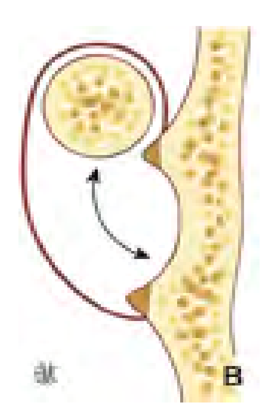
Le ressaut correspond au franchissement du bord postéro- supérieur de l'acétabulum.

Il disparait si l'obstacle est complètement émoussé

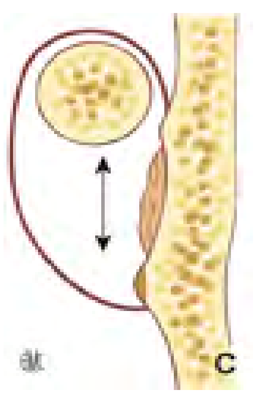
Le ressaut est décelable dans moins 1/3 des cas



Ressaut franc



Ressaut léger + piston



Piston sans ressaut

LCH ETUDE CLINIQUE

L' INSTABILITE



Examen plus sensible

- **Manœuvre de BARLOW**

S. DU PISTON


Technique +fine

+précise



LCH ETUDE CLINIQUE

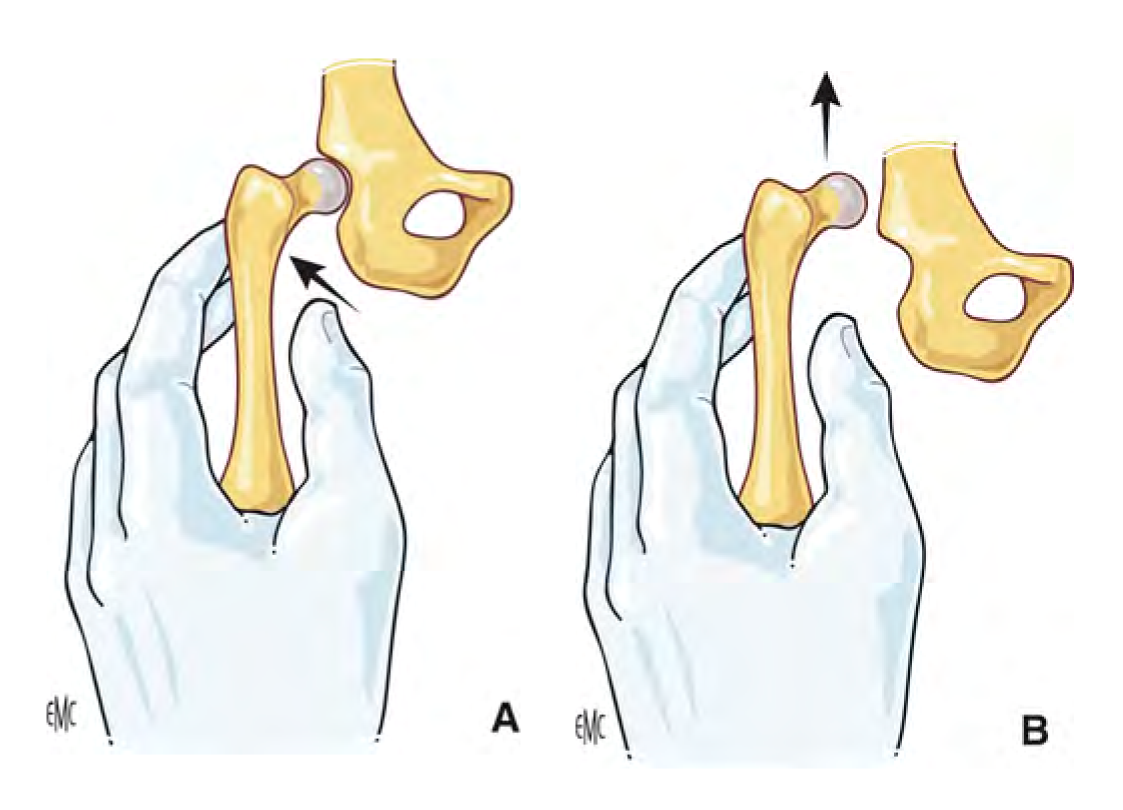
Au terme de l'examen clinique:

- **HANCHE NORMALE**
- HANCHE LUXABLE
- HANCHE A LUXEE REDUCTIBLE
- HANCHE SUSPECTE

LCH ETUDE CLINIQUE

Au terme de l'examen clinique:

- HANCHE NORMALE
- **HANCHE LUXABLE**
- HANCHE A LUXEE REDUCTIBLE
- HANCHE SUSPECTE

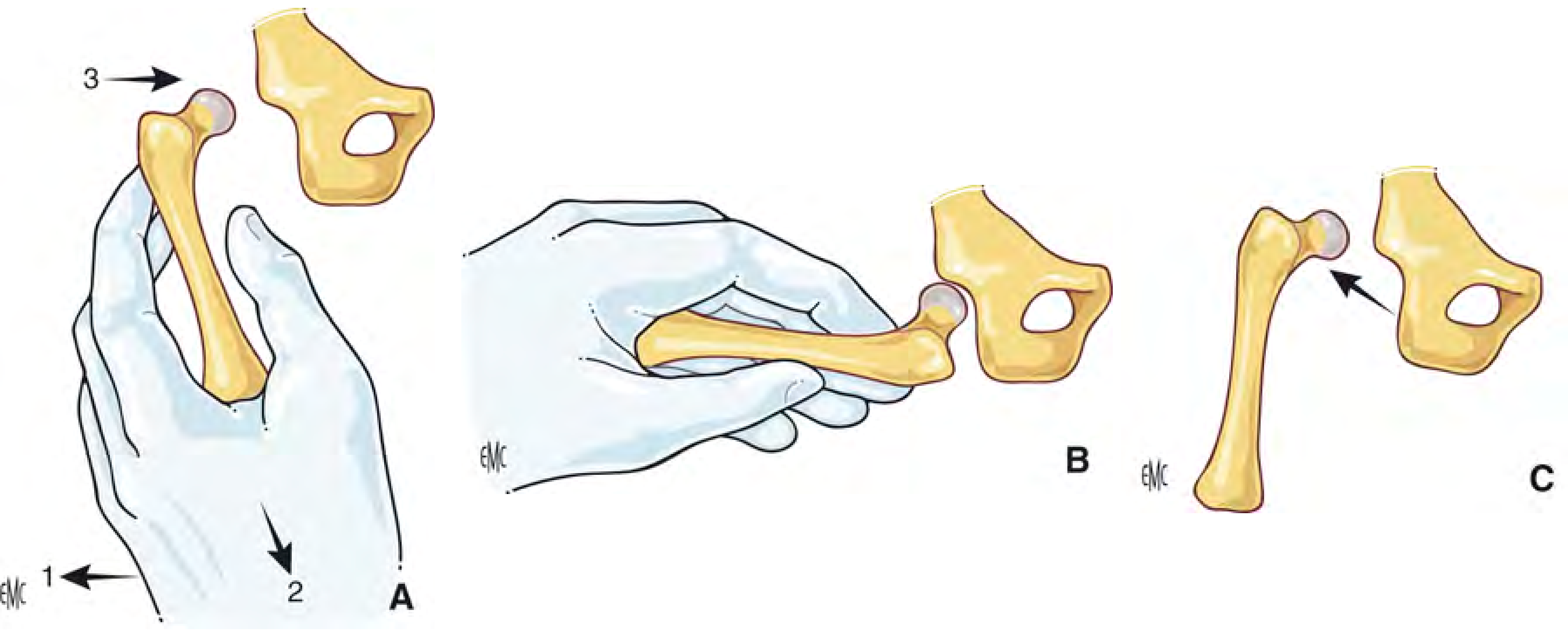




LCH ETUDE CLINIQUE

Au terme de l'examen clinique:

- HANCHE NORMALE
- HANCHE LUXABLE
- **HANCHE LUXEE REDUCTIBLE**
- HANCHE SUSPECTE



LCH ETUDE CLINIQUE

Au terme de l'examen clinique:

- HANCHE NORMALE
- HANCHE LUXABLE
- HANCHE A LUXEE REDUCTIBLE
- **HANCHE SUSPECTE :**

hypertonie

Limitation Abduction

Absence de signes d'instabilité

recherche des signes de hanche à risque

LCH ETUDE CLINIQUE

Au terme de l'examen clinique:

- HANCHE NORMALE
- HANCHE LUXABLE
- HANCHE A LUXEE REDUCTIBLE
- **HANCHE SUSPECTE**: recherche de signes de hanche à risque



Une hanche à risque est caractérisée par un des éléments de suspicion suivant:

- **ATCD familial de LCH au 1er degré (fratrie - parents)**
- **Anamnèse: présentation en siège ou autre anomalie**
- **Anomalies orthopédiques associées: torticolis**
  Genu recurvatum
- **Anomalies cliniques: limitation abduction**
  hypertonie abducteurs

LCH ETUDE CLINIQUE

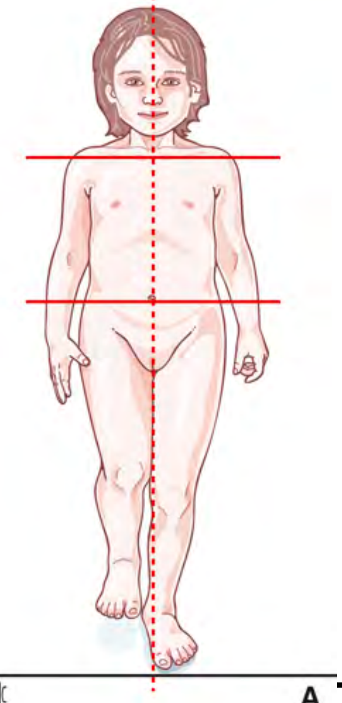
Chez le NOURRISSON

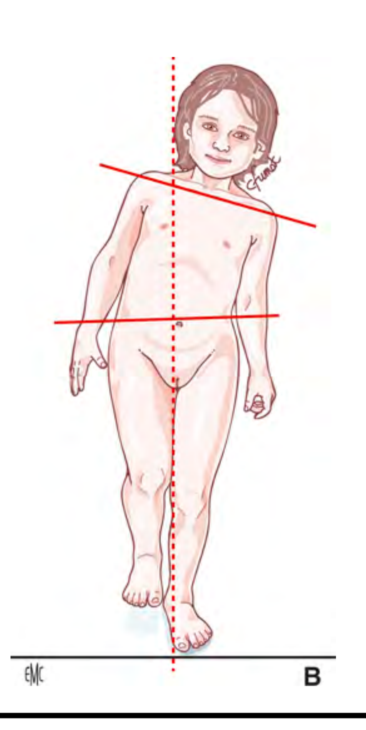
- S. cliniques identiques ; plus nets
- Limitation ABDUCTION
- Hypertonie par rétraction des ADDUCTEURS
- Raccourcissement cuisse (LUX. UNI)
- S. d'instabilité (enfant bien relâché++)
- Hanche irréductible : parfois

LCH ETUDE CLINIQUE

Chez le GRAND ENFANT Age de la marche

- **S. clinique +++ BOITERIE**
- **Limitation ABDUCTION**
- **Flessum de hanche**





LCH IMAGERIE

- **ECHOGRAPHIE**
- **RADIOGRAPHIE DU BASSIN DE FACE**
- **ARTHROGRAPHIE**
- **IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE (IRM)**

LCH IMAGERIE ECHOGRAPHIE

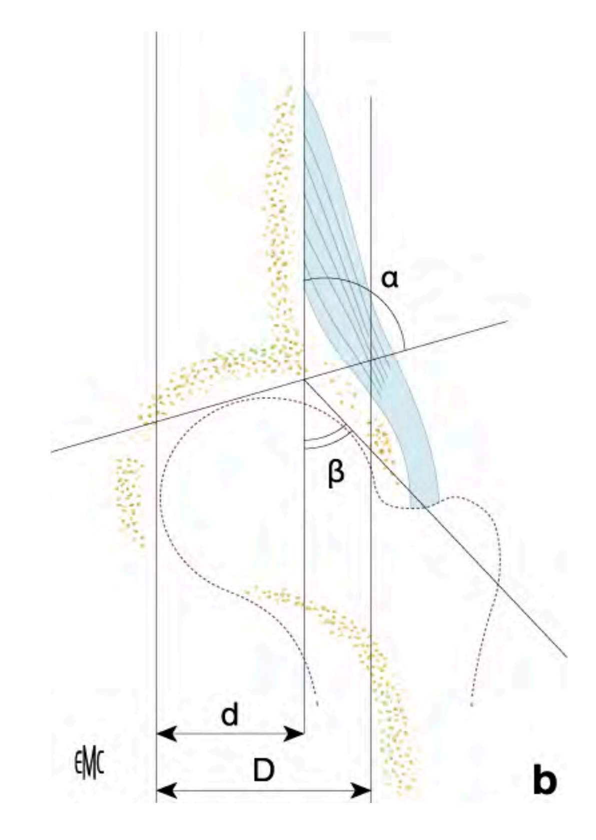
Examen non invasif ;non irradiant, aide au diagnostic

Structures cartilagineuses, capsule et plans musculaires

Hanche à risque, hanche douteuse 1er mois

Tech. De COUTURE

Tech . De GRAF: matériel ;operateur dépendant



Critères de normalité

degré de couverture TF (50%)

Inclinaison du labrum (β = 35°)

3 éventualités

hanche stable

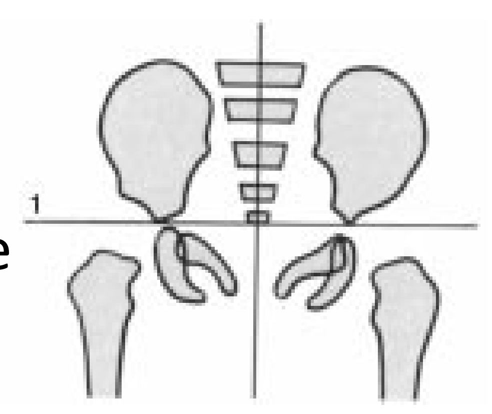
hanche luxée nette

hanche douteuse: refaire examen et Rx 4 mois

LCH IMAGERIE
Radiographie du bassin de face

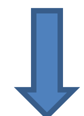
INUTILE CHEZ LE NOUVEAU -NE

- ❑ Indiquée au 4eme mois
  - hanche à risque
  - Discordance entre clinique et échographie
- ❑ Technique rigoureuse
  - Bassin strictement de face



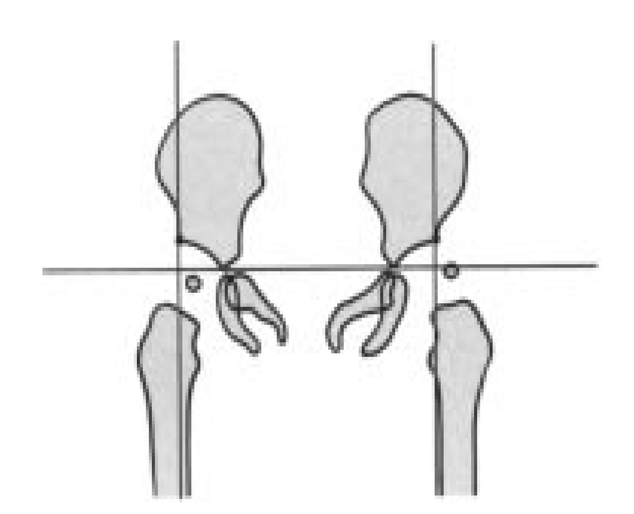
INTERPRETATION

Ligne des Y + Ligne d'ombredanne



4 cadrants

Hanche normale = Noyau d'ossification dans le cadrant inféro-interne

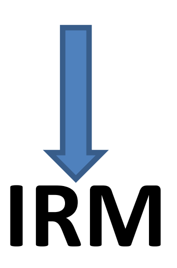


LCH IMAGERIE
L' ARTHROGRAPHIE



- Examen utile en cas de difficultés apparues au cours du traitement
- Permet d'étudier le contenu de l'articulation
- Clichés dynamiques
- Inconvénients:
  - Nécessite une AG
  - Expose aux radiations ionisantes

Indications plus limitées



IRM



LCH TRAITEMENT

IL NYA PAS DE TRAITEMENT PREVENTIF

LE DEPISTAGE EST FONDAMENTAL

DIAGNOSTIC PRECOCE → TRAITEMENT FACILE

↓

RESULTAT MEILLEUR

BUT: OBTENIR EN FIN DE CROISSANCE UNE CONGRUENCE COXO FEMORALE PARFAITE EN EVITANT LES COMPLICATIONS

LCH TRAITEMENT

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

Basé sur des méthodes posturales ou positionnelles

3 positions de réduction:

- **FLEXION**
- **ABDUCTION**
- **ROTATION MEDIALE (INTERNE)**

- **Méthodes ambulatoires:**
  - **langeage en abduction et culotte d'abduction**
  - **Harnais de PAVLIK**
  - **Attelles à hanche libre (P. PETIT)**
- **Extension continue + plâtre (hospitalisation)**

LCH TRAITEMENT



TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

❑ ***Méthodes ambulatoires*:**

- **Langeage en abduction**
- **Culotte d'abduction**



Indiquées dans les hanches luxées réductibles du nouveau –né

Durée : 4mois

LCH TRAITEMENT

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

❑ ***Méthodes ambulatoires***:

❖ Le harnais de PAVLIK

Age : 2à 6mois

Education des parents

Sangles antérieures et postérieures

↓

Tension progressive

↓

Genoux et hanches Flex.+ Abduc

Durée : 4 à 6mois





LCH TRAITEMENT

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

❑ ***Méthodes ambulatoires*:**

❖ **Attelles à hanche libre (P.PETIT)**

1ere intention si subluxation (grand enfant)

En relais d'une autre méthode thérapeutique si luxation



LCH TRAITEMENT

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

- ***EXTENSION CONTINUE + PLATRE***

En hospitalisation

Réduction progressive par traction

Traction au Zénith ou horizontal

Mise en abduction progressive et rotation médiale







LCH TRAITEMENT

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

❑ ***EXTENSION CONTINUE + PLATRE***

En hospitalisation

Réduction progressive par traction

Traction au Zénith ou horizontal

Mise en abduction progressive et rotation médiale

Réduction + : Plâtre pelvi pédieux en position de correction pour 4 à 6 mois







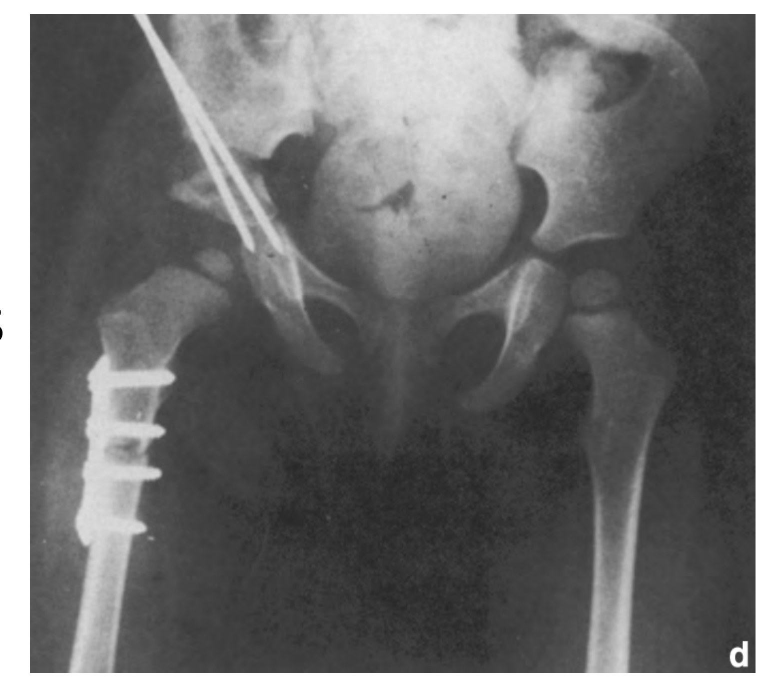
LCH TRAITEMENT

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indications : luxation irréductible
Echecs du traitement orthopédique

Abord antérieur
Arthrotomie
Réduction + capsuloraphie
Correction des anomalies osseuses
- Ostéotomies pelviennes
- Ostéotomies fémorales

Plâtre pelvi-pédieux (45J)



LCH COMPLICATIONS

- **La reluxation** surtout après réduction chirurgicale
- **La subluxation résiduelle**
- **La fracture du fémur** immobilisation prolongée
- **La raideur de hanche** surtout après chirurgie
- **L'ostéochondrite post réductionnelle** : c'est la complication la plus grave
  Origine est vasculaire .Atteinte du noyau épiphysaire
  génératrice d'une coxarthrose précoce

LCH CONCLUSION

- Problème de santé publique
- Insister sur l'importance du dépistage par l'examen systématique des hanches de tout nouveau-né
- L'échographie n'est pas un moyen de dépistage .Elle ne doit pas être systématique
- La radiographie à la naissance est inutile
- Le traitement n'est pas univoque
  - Age de l'enfant
  - Situation anatomique